



CONSEIL DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE

Session 1984-1985

19 MARS 1985

PROPOSITION DE DECRET

RELATIVE A LA PROTECTION DES
ENFANTS MALTRAITES (1)

RAPPORT

PRESENTE AU NOM DE LA COMMISSION DE LA
JEUNESSE ET DE LA FORMATION PERMANENTE
PAR M. **M. LESTIENNE**

(1) Voir Doc. Conseil 87 (1982-1983) - Nos 1, 2, 2bis et 3.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission de la Jeunesse et de la Formation permanente (1) s'est réunie les 31 mai 1983, 24 juin 1983, 10 novembre 1983, 6 février 1985, 6 mars 1985 et 19 mars 1985 pour examiner la proposition de décret relative à la protection des enfants maltraités.

EXPOSE INTRODUCTIF DE L'AUTEUR DE LA PROPOSITION

Il s'agit d'un problème grave et qui n'est pas nouveau : une proposition fut d'ailleurs en son temps déposée au Sénat. Si le problème n'est pas neuf, la situation est difficilement tolérable, et il est des cas où les médecins, se retranchant derrière le secret médical, répugnent à saisir la justice.

A l'exemple de ce qui s'est fait dans certains pays, la proposition vise à créer la fonction de médecin-confident, qui devra être averti par toute personne en contact avec l'enfant; son rôle s'étendra à informer le comité de protection de la jeunesse, éventuellement le médecin traitant et, dans les cas graves, la justice.

Pour entourer les médecins-confidents, devront être créés des centres qui assurent à la fois un service administratif et surtout un service psychologique et social.

Exposé du ministre Monfils

Le ministre répond que le problème des enfants maltraités est préoccupant, que nul n'en conteste la gravité, mais qu'il est inexact de dire qu'on tourne en rond. Si l'Exécutif n'a pas déposé de projet de décret, c'est qu'il croit qu'il existe d'autres voies. Il recherche actuellement

(1) Ont participé aux travaux de la commission :

MM. Thys (président), Biefnot, Mme Brenez, M. Collignon, Mme Coorens, MM. Clerfayt, De Decker, D'Hondt, Dejardin, M. Harmegnies, Y. Harmegnies, Jandrain, Klein, Lemoine, Mouton, Pécriaux et Lestienne (rapporteur).

Ont assisté aux travaux de la commission :

M. Monfils, ministre des Affaires sociales de la Communauté française;

MM. Burgeon, R. Gillet, Grafé, Hubin et Lagasse, membres du Conseil de la Communauté française;

M. Awoust, directeur de cabinet de M. le ministre Monfils;

M. Benkoski, directeur de cabinet adjoint de M. le ministre Monfils;

Mmes Kohn et Lenoir, membres du cabinet de M. le ministre Monfils;

Mme Mouzon, MM. Menschaert et Michiels, membres du cabinet de M. le ministre Moureaux;

M. Nottebaert, expert du groupe PS;

M. Grimberghs, expert du groupe PSC.

la manière la plus adéquate qui n'est pas nécessairement celle de la constitution d'un système organisé s'ajoutant à ce qui existe déjà et portant la question au niveau de la justice. A son sens, ce n'est pas la sanction qui résoudra le problème des enfants maltraités.

Actuellement, l'ONE a confié trois missions à des équipes universitaires : Liège, l'UCL et l'ULB, afin de mettre au point des équipes pluridisciplinaires. Le ministre dit qu'il met plus d'espoir dans ces travaux que dans la mise en place de structures nouvelles : est-ce vraiment par la levée du secret professionnel, la création de nouvelles structures et les sanctions pénales qu'on diminuera le nombre d'enfants battus ? Ne risque-t-on pas de se livrer à une chasse aux sorcières ?

D'autre part, le problème est tellement complexe qu'on peut s'interroger sur le fait de savoir si un médecin-confident seul sera capable de poser un diagnostic précis, sans risque d'erreur grave.

Il craint qu'en suivant la proposition, on en soit amené à retirer l'enfant à sa famille alors qu'il est de loin préférable d'encourager les mesures qui visent à maintenir les enfants dans leur milieu familial et il conclut en faisant part de sa réticence profonde à l'égard de la proposition.

DISCUSSION GENERALE ET DISCUSSION DES ARTICLES

Un membre se réjouit d'apprendre que le ministre a chargé des équipes d'étudier la question, mais il rappelle qu'elles sont là à titre d'expérience et qu'au terme de cette expérience, il faudra prendre des mesures, que ce soit par décret ou autrement. Il regrette que le ministre n'ait pas compris le sens de la proposition et, même, en ait déformé le contenu. En effet, il ne s'agit pas d'envoyer des enfants dans des homes, et l'article présente d'ailleurs deux alinéas bien distincts.

M. Lestienne dit qu'il comprend que ce membre défende avec brio et compétence une proposition qu'on lui a confiée, mais il ne peut croire qu'il en partage tous les aspects. En effet, l'article 2 est inacceptable dans la mesure où il fait une obligation de la dénonciation. A la limite, un voisin, dont on estime qu'il aurait pu connaître les cas de sévices, peut être condamné pour non-assistance à personne en danger. D'autre part, si le but de la proposition est d'assurer le dépistage suivi d'enfants maltraités, on peut se demander si un réel dépistage sur le terrain ne serait pas mieux réalisé par des travailleurs sociaux médicaux et paramédicaux existants (comité de la protection de la jeunesse, services sociaux des tribunaux de la jeunesse, hôpitaux, services de garde, ONE, centre de

santé mentale, CPAS), organismes dont certains possèdent déjà des moyens de recours efficace et sont à même d'assurer le suivi de ces dépitages.

Est-ce vraiment en créant de nouvelles structures médico-sociales spécialisées, en ajoutant une nouvelle couche, onéreuse elle aussi, et en rendant plus difficile la coordination, qu'on atteindra cet objectif avec efficacité.

Un commissaire rappelle combien le problème de la protection de la jeunesse a évolué, et souhaite qu'on en arrive à privilégier l'action sur le milieu plutôt que d'en rester à la création de centres, de structures.

Un membre rappelle qu'il a déjà déposé une proposition de loi à la Chambre : il s'agit de la proposition de loi modifiant l'article 458 du Code pénal en vue de protéger les enfants maltraités (doc. 361 (1981-1982) - N° 1).

« Dans les développements de sa proposition de loi, il déclare que l'enfance martyre est peut-être un des plus dramatiques parmi les problèmes sociaux actuels, non seulement parce que les victimes sont — totalement ou presque — démunies devant une agression commise par leurs propres parents, mais également parce que le plus grand nombre de ces cas malheureux reste ignoré.

L'opinion est de temps à autre sensibilisée à cette douloureuse réalité, toutefois, généralement, peu de gens ont une idée, même approximative, de l'ampleur de ce phénomène qui se vérifie partout dans le monde. Dans un rapport publié en 1974, à Genève, dans la *Revue internationale de l'enfance*, un ancien magistrat fournit des chiffres révélateurs à cet égard. « On estime qu'environ 700 enfants sont battus à mort chaque année en Grande-Bretagne, ce qui représente près de deux meurtres par jour. 400 autres enfants de moins d'un an sont victimes de lésions permanentes du cerveau sous une forme ou une autre. » Les causes du mal sont multiples et complexes. Elles sont d'abord d'ordre social et éducatif et requièrent une action préventive en profondeur. Il apparaît que le sort de nombreux enfants maltraités pourrait être amélioré si les sévices étaient signalés à temps par ceux qui sont amenés à les constater. Il s'agit le plus souvent en l'occurrence des médecins, du personnel médical et paramédical dont le silence résulte de l'obligation médicale qui leur est imposée de respecter le secret professionnel. Or, le secret, règle d'or de l'éthique médicale, connaît des limites. Toute la doctrine en matière de secret professionnel admet pour le médecin l'obligation de révéler les sévices et mauvais traitements dont seraient victimes des enfants. Il n'y a donc, en conséquence, aucune possibilité pour le médecin de se retrancher derrière le secret professionnel.

Ce membre ajoute qu'il faudrait donc délier les médecins du secret professionnel dans les cas de coups et blessures d'enfants en bas âge. A ce sujet, on notera que l'Ordre national des médecins n'a pas pris de position claire. A propos des articles 422bis et 422ter du Code pénal, le législateur devrait être plus clair. Des progrès devraient être faits tant en matière législative qu'au niveau de l'attitude de l'Ordre national des médecins. De toute manière, ceci est une compétence nationale.

Dans les développements de sa proposition de loi, ce membre dit encore : « cette proposition répond à la recommandation n° 561 du 30 septembre 1969, dans laquelle l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe demandait au Conseil des ministres d'inviter les gouvernements membres « à édicter des dispositions législatives déliant les médecins du secret professionnel en ce qui concerne les enfants maltraités et les obligeant à informer sans délai, par écrit, uniquement l'autorité administrative compétente des cas qu'ils ont détectés afin d'améliorer le sort de ces enfants ».

Elle s'inscrit dans les préoccupations du Conseil national de l'Ordre des médecins qui, dans son projet de nouveau Code de déontologie, mentionne que « lorsque le médecin estime qu'un mineur est l'objet de sévices, de privations, ou de manque de soins, il en informera les parents ou tuteurs ou les autorités judiciaires. Le mobile du médecin, dans ces cas, sera la protection de la victime ». Il nous semble qu'il serait souhaitable d'introduire cette exception au secret professionnel dans le Code pénal ... pour que les titulaires de l'art de guérir connaissent tous avec précision leurs devoirs en la matière.

Il faudrait en outre attirer l'attention du personnel enseignant, du personnel des crèches et maisons d'enfants sur leur responsabilité en la matière. »

Ce commissaire plaide aussi pour que des moyens nouveaux soient affectés pour renforcer les actions existantes plutôt que pour créer de nouvelles structures.

Un membre estime que la formulation de l'article 2 met mal à l'aise : les termes « est tenu » ouvrent des perspectives dangereuses. Il estime que, même aujourd'hui, le médecin ne s'estime pas lié par le secret professionnel en cas de sévices : tout médecin qui se retranchera derrière le secret professionnel dans ce cas manquerait à l'éthique et à la déontologie. Mais l'article 2 va trop loin, un médecin ne peut être tenu de faire une déclaration, fût-ce à ce qu'on appellerait un médecin-confident. Il y a là tout autre chose que de délier du secret professionnel. Il faudrait que les médecins aient conscience du rôle qu'ils ont à jouer

dans ce domaine des enfants battus, et le problème se pose aussi au niveau de l'école car il arrive bien souvent, dans ces cas-là, qu'on n'appelle guère le médecin.

Il insiste aussi sur le fait qu'une déclaration à caractère pénal romprait les ponts avec la famille et rendrait aléatoire l'aspect thérapeutique.

Le ministre Monfils répondant aux divers intervenants, s'estime d'accord pour organiser une audition d'experts au plus tôt. Il partage les préoccupations des auteurs de la proposition, mais estime qu'il n'est pas nécessaire pour cela de créer des structures nouvelles. D'autre part, dans cette proposition de décret, on ne trouve pas la volonté de coordonner les actions des travailleurs sociaux déjà sur le terrain. Le ministre craint un pouvoir abusif du médecin-confident et déclare pour terminer, qu'en ajoutant encore de nouvelles structures, il faudra tenter d'intégrer une nouvelle couche d'institutions qui viendraient se superposer à tout ce qui existe déjà.

Il ajoute que le problème des enfants battus est essentiel et qu'en conséquence il souhaiterait connaître les résultats de la recherche-action avant que d'éventuels amendements à la proposition ne soient déposés. Cette recherche devrait être terminée pour l'automne 1983.

Un commissaire dit qu'il souhaiterait entendre l'avis des experts participant à cette recherche. Il se réjouit de ce que tous reconnaissent l'importance de ce problème et estiment que le pire serait de ne rien faire : après 30 ans de réflexion, on n'a plus le droit de réfléchir. Il estime que si l'on peut atteindre les mêmes résultats par des mesures prises par l'Exécutif, la chose est heureuse mais la proposition garde néanmoins tout son sens.

Dans ce contexte, il répond à certains intervenants précédents que le fait d'être tenu d'avertir le médecin-confident n'a pas de conséquence pénale : c'est le médecin-confident et non la justice qu'on avertit. Pour lui, seule une proposition de ce type peut permettre de sortir du cercle vicieux actuel. En ce qui concerne la compétence de la Communauté, il rappelle l'article 10 de la loi du 8 août 1980 sur les pouvoirs implicites.

Le 29 juin 1983, la commission a procédé aux auditions de représentants des trois équipes de la recherche-action entreprise à l'initiative de l'ONE par les universités de Liège, de Louvain et de Bruxelles sur le problème de la protection des enfants victimes de mauvais traitements (annexe).

Les invités présents étaient :

— Pour l'UCL : Mme Meulders, professeur à la Faculté de droit, et le professeur Evrard du service de neurologie de la Faculté de médecine.

— Pour l'université de Liège : le professeur Geubelle du service de pédiatrie de l'hôpital de Bavière.

— Pour l'ULB : le docteur Soemenkoff du service de gynécologie de l'hôpital universitaire Saint-Pierre, Mme Beeckmans du service de pédiatrie de l'hôpital universitaire Saint-Pierre et Maître Preumont, avocat.

L'auteur de la proposition rappelle que Mme Delruelle, Présidente de l'ONE, avait transmis en date du 28 juin 1983, à l'ensemble des membres du Conseil de la Communauté française, une note relative à sa proposition de décret. Mme Delruelle soulignait que cette proposition de décret centrée sur la notion de « médecins-confidents » allait à l'encontre de la politique pratiquée par l'ONE.

Au cours de la réunion du 6 mars 1985, Mme Delruelle émet l'avis suivant : elle rappelle que l'ONE finance depuis 1979 et pour un montant total de 31,453 millions, des recherches-actions dans les trois universités francophones du pays (ULB, UCL et Université de Liège). Ces recherches ont pour buts essentiels de prévenir et de dépister des cas d'enfants négligés, maltraités et victimes de sévices ainsi que d'assurer une guidance des parents de façon à éviter au maximum le recours à des mesures judiciaires ou à des placements hors de la famille. De plus, une action préventive et de détection des cas à risques est menée dès la période de grossesse par la consultation prénatale de l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles. Toutes les équipes sont multidisciplinaires : pédiatres, pédopsychiatres, neurologues, gynécologues, infirmières, assistants sociaux et juristes.

Le sentiment de l'ONE est que la proposition de M. Gillet centrée sur la notion de « médecin-confident » va à l'encontre de la politique pratiquée par l'ONE depuis 1979 et encouragée par M. le ministre Monfils.

Mme Delruelle ajoute que le système de « médecin-confident » existe aux Pays-Bas.

L'auteur de la proposition dépose une série d'amendements qui tiennent compte à 100 p.c. des observations formulées par Mme Delruelle. De plus, ces amendements légalisent l'existence et l'action des équipes pluridisciplinaires qui sont opérationnelles depuis 1979.

Le ministre constate que les amendements tiennent également compte du rôle joué depuis plusieurs années à titre expérimental par les équipes pluridisciplinaires.

Un membre constate que la commission vient de prendre connaissance des expériences des équipes pluridisciplinaires et a entendu une série d'objections qui se rapportent à l'idée du « médecin-confident ». Il croit que le rôle de celui-ci ne doit pas se limiter à prévenir la justice en cas de sévice grave. Le présent décret constitue une base légale pour que l'expérience puisse se poursuivre.

Un membre demande si les équipes pluridisciplinaires pourront reprendre des ASBL existantes.

Il lui est répondu par l'affirmative. Même des ASBL existantes qui ne veulent pas remplir les conditions prévues par le décret continueront à exister, mais sans être agréées et subventionnées.

Le mérite de la proposition de décret est de ne pas faire disparaître le travail qui a déjà été effectué depuis 3 ans. La proposition de décret stabilise l'action voulue par l'Exécutif et reconnue par la majorité du Conseil de la Communauté.

Les amendements de M. R. Gillet sont adoptés à l'unanimité des 9 membres présents.

Les articles amendés et l'ensemble de la proposition de décret sont adoptés à l'unanimité des 9 membres présents.

Les membres de la commission font confiance au Président et au rapporteur pour la rédaction du rapport.

Le Rapporteur,
M. LESTIENNE.

Le Président,
J.-L. THYS.

TEXTE ADOPTE PAR LA COMMISSION

ARTICLE 1^{er}

Les équipes pluridisciplinaires spécialisées dans le dépistage et le traitement des enfants victimes de mauvais traitements, de privations ou de graves négligences peuvent bénéficier de subsides accordés par l'ONE, dans le cadre des crédits disponibles, lorsqu'elles sont agréées par l'Exécutif de la Communauté française.

Pour être agréée, une équipe pluridisciplinaire doit satisfaire aux conditions visées aux articles 3 et 6 du présent décret.

ART. 2

Chaque équipe veillera à :

1^o assurer l'information et la sensibilisation du public et des diverses autorités et organismes sur le problème de l'enfant battu. Les équipes agissent soit directement, soit en collaboration avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

2^o assurer la formation et l'encadrement des travailleurs médico-sociaux.

3^o assurer la prise en charge des cas à risques :

— en intervenant d'initiative ou sur demande de toute personne ou tout organisme qui a connaissance ou qui suspecte l'existence de mauvais traitements, de privations ou de négligence dont est victime un enfant;

— en établissant un bilan complet de l'état physique, psychique et social de l'enfant dans son milieu de vie;

— en veillant à ce que lui soit apportée l'aide appropriée, soit par l'équipe, soit en collaboration avec tout autre source d'aide psycho-médico-sociale;

— en coordonnant les actions et traitement entrepris en faveur des enfants et de leur milieu de vie.

ART. 3

Le personnel de chaque équipe doit comprendre au minimum :

- a) un médecin pédiatre ou généraliste;
- b) un pédopsychiatre ou psychologue;
- c) un docteur ou licencié en droit;
- d) un infirmier gradué social ou assistant social;
- e) un secrétariat administratif.

ART. 4

Le pouvoir organisateur de chaque équipe pluridisciplinaire doit être une personne morale de droit public, une ASBL ou un établissement d'utilité publique.

ART. 5

L'ONE, avec l'avis favorable des commissaires de l'Exécutif de la Communauté française, passe avec chaque équipe pluridisciplinaire une convention qui fixe les conditions spécifiques de fonctionnement et le montant annuel de la subvention allouée. Chaque convention a une durée de trois ans renouvelable.

ART. 6

L'ONE peut accorder aux équipes des avances provisionnelles ne pouvant dépasser le montant des subventions octroyées pour l'exercice antérieur. Ces avances sont liquidées par tranches trimestrielles.

ART. 7

Le conseil scientifique créé par l'article 16 du décret du 30 mars 1983 instituant l'Office de la Naissance et de l'Enfance institue un comité d'accompagnement des équipes pluridisciplinaires s'occupant de l'enfance maltraitée.

Il est constitué de représentants des universités francophones, des délégués du conseil scientifique et de fonctionnaires de l'ONE. En outre les commissaires de l'Exécutif de la Communauté française auprès de l'Office y siègent avec voix consultative.

ART. 8

Les membres du comité d'accompagnement sont désignés par le conseil scientifique pour une durée de trois ans renouvelable.

ART. 9

Ce comité est l'organe de référence pour tout ce qui a trait, dans le cadre de l'ONE, à l'enfant maltraité, gravement négligé.

Il assure :

— une mission d'information et de conseil à l'ONE en matière de services à enfant;

— un échange régulier d'informations entre les équipes agréées et procède en concertation avec chacune d'elles à l'évaluation du travail.

ART. 10

Le rapport annuel prévu par l'article 21 du décret du 30 mars 1983 instituant l'Office de la Naissance et de l'Enfance contient, pour chaque subrégion de la Communauté française, telle que définie par l'article 16 du décret du 30 mars 1983, une justification des besoins ainsi que l'évaluation du travail des équipes agréées.

ANNEXE

AUDITIONS DU 29 JUIN 1983

I. Remarques apportées par les invités au texte de la proposition de décret

Article 1^{er}

1. Il est fait mention de « dépistage » et de « traitement », l'étape « diagnostic » n'est pas évoquée. Elle est indispensable et l'expérience des équipes recherche-action subsidiées par l'ONE le démontre.

Exemples :

Une maigreur extrême ne traduit pas nécessairement une « négligence »; des maladies du tube digestif (coeliaculie...) peuvent entraîner une telle maigreur, alors que l'enfant est correctement alimenté.

Une pâleur, un amaigrissement et des ecchymoses peuvent être les premiers signes d'un cancer du sang (leucémie).

Ce diagnostic requiert le plus souvent un séjour dans un centre hospitalier où les disciplines médicales requises sont présentes (radiologie, neurologie, hématologie, gastro-entérologie, psychiatrie ...).

Seul et isolé, le médecin-confident sera incapable de poser un diagnostic précis et complet, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique.

2. Il n'est question dans ce décret que de l'enfant. Or il est démontré qu'il s'agit le plus souvent d'une perturbation de l'ensemble de la famille. A moins de décider qu'en cas de mauvais traitements et graves négligences, on sépare systématiquement l'enfant de la famille, c'est l'enfant et la famille qui doivent être pris en charge.

3. La responsabilité confiée à ce médecin-confident est exorbitante. Il est indispensable qu'il soit entouré au moins d'un obstétricien-gynécologue et d'un psychiatre (ou d'un pédo-psychiatre). L'équipe « confidente » doit aussi disposer de travailleurs sociaux (infirmier(e) social(e) ou assistant(e) social(e)), d'un psychologue et d'un juriste consultant ayant une expérience de barreau et exerçant cette profession, ainsi que d'un secrétariat administratif.

Les travailleurs sociaux devraient être détachés du cadre de l'ONE et affectés à l'équipe pour une période déterminée. En effet l'ONE dispose d'une logistique — environ 600 assistantes médicales sur le terrain — bien organisée. Pour autant qu'elles reçoivent une formation adéquate et qu'elles puissent disposer d'une

équipe multidisciplinaire dans un centre hospitalier — équipe à laquelle elles peuvent se référer —, ces assistantes médicales peuvent assurer ce travail, dans la majorité des cas.

4. Ces équipes multidisciplinaires seront dirigées par un pédiatre : la majorité des mineurs d'âge victimes de mauvais traitements sont âgés de moins de trois ans. Elles seront installées dans les centres hospitaliers universitaires avec des antennes — ou « succursales » — dans des centres pédiatriques non universitaires pour autant qu'ils répondent aux critères d'agrément des services pédiatriques de stage « complets », fixés par le ministère de la Santé publique (essentiellement : être installés dans un centre hospitalier qui dispose d'un service de chirurgie pédiatrique, d'obstétrique-gynécologie, de néonatalogie, de psychiatrie ...).

5. Les équipes multidisciplinaires auront pour mission :

5.1. de recevoir les appels — écrits ou oraux — de toute personne ou de tout organisme qui a connaissance ou qui suspecte l'existence de mauvais traitements, de privations ou de négligences graves dont est victime un mineur d'âge.

5.2. d'apporter l'aide appropriée à chaque cas, le cas échéant en collaboration avec le médecin traitant et avec tout autre service d'aide psycho-médico-sociale.

Commentaire : il est inutile « d'aviser le comité de protection de jeunesse ». D'une manière générale, il apparaît que les CPJ :

1° ne possèdent habituellement pas la compétence d'une équipe multidisciplinaire : on n'y trouve ni médecin-pédiatre, ni psychiatre, ni psychologue, ni obstétricien-gynécologue. Les travailleurs sociaux n'y trouvent donc pas de structure de référence et y sont relativement isolés;

2° n'interviennent que dans la mesure où la collaboration des parents leur est assurée.

Il serait préférable de confier aux CPJ les problèmes concernant les enfants au-delà de 6-7 ans et les adolescents (et de les spécialiser dans ce type d'action), réservant les problèmes des enfants plus jeunes aux équipes multidisciplinaires et à l'ONE.

5.3. de coordonner et d'assurer le suivi des actions et traitements entrepris en faveur des mineurs d'âge et de leur famille.

Commentaire : la nécessité d'une coordination entre tous les « travailleurs sociaux », au sens large du terme, est impérieuse (ONE, CPJ, CPAS, TJ ...).

Trop souvent, ils travaillent parallèlement en s'ignorant « superbement ». Ne peut-on prévoir des mesures qui rendent obligatoire la concertation au sein de ces équipes « confidentes » multidisciplinaires, de tous ces travailleurs sociaux — à l'exception de ceux des tribunaux de la jeunesse — lorsque le problème n'est pas encore justicialisé.

Restera l'ambiguïté et le « bon-vouloir du prince » lorsque le problème est justicialisé : le juge du TJ et son délégué — le travailleur social — restent maîtres de toute décision. Il serait souhaitable d'insérer dans un projet de décret la possibilité de faire représenter l'enfant en justice, chaque fois qu'il pourra être discuté de son avenir. Lorsqu'elles auront reçu une « investiture institutionnelle », les équipes multidisciplinaires devraient pouvoir saisir le président du tribunal de première instance compétent, par voie de requête, en vue de la désignation d'un curateur spécial, chargé d'intervenir dans les procédures où l'intérêt de l'enfant est pris en considération.

Ce projet requiert la modification de certains textes du Code civil et du Code judiciaire. C'est l'occasion de faire pénétrer dans notre arsenal juridique la défense de sujets de droit qui sont laissés jusqu'à présent dans une zone de non-droit.

5.4. Si l'intérêt du mineur à protéger l'exige, l'équipe multidisciplinaire prendra l'avis des autorités judiciaires, après en avoir averti les parents, et les informera du suivi de son action.

5.5. Cette équipe n'agira pas au nom de l'autorité de la justice. Elle doit être sous la tutelle soit de la Santé publique, soit de la Famille.

Si elle est une émanation du ministère de la Justice, elle ne sera pas perçue favorablement par les médecins et les travailleurs sociaux. Actuellement, ces personnes font appel aux équipes « recherche-action » de l'ONE afin d'éviter la justicialisation.

Article 2

1. Des principes juridiques différents de ceux de l'article 458 du Code pénal ont toujours permis à des médecins et à toute autre personne qui désiraient venir en aide dans des cas de ce genre, de trouver une solution adéquate.

2. Il faut craindre que la modification du texte légal lorsqu'il sera connu dans le public n'ait un effet plus négatif que positif dans la mesure où les parents hésiteraient à confier leurs problèmes à un médecin, une institution hospitalière sous crainte de la dénonciation. Une modification de l'article 458 ne paraît donc pas indispensable et elle ne serait pas sans danger.

II. Rapport sur leur recherche-action

La contribution des équipes recherche-action au programme de l'Œuvre nationale de l'Enfance dans le domaine de la protection des enfants victimes de mauvais traitements présente un caractère spécifique à divers titres, et d'abord par le fait qu'elle se subdivise en deux branches :

a) Une branche proprement médicale, consacrée aux séquelles neurologiques des sévices : les aspects somatiques des mauvais traitements infligés aux enfants;

b) Une branche socio-juridique, consacrée aux aspects criminologiques, sociaux et juridiques du problème.

Dans les deux cas cependant, l'aspect recherche apparaît comme prépondérant, même si l'action a été constante, et c'est ce qui paraît constituer une seconde spécificité de notre travail.

En outre, pour la partie socio-juridique, il faut souligner que la recherche est plus spécifiquement une recherche fondamentale, débouchant bien sûr sur une recherche appliquée et s'appuyant largement sur elle, mais recherche de type fondamental néanmoins, dans la mesure où elle se veut essentiellement explicative, plus que descriptive, et qualitative, plus que statistique.

a) *Les aspects somatiques des mauvais traitements infligés aux enfants*

Dans le contrat initialement souscrit avec l'Œuvre nationale de l'Enfance, nous nous sommes engagés à effectuer un travail de recherche sur les aspects médicaux, notamment neuropédiatriques, des sévices infligés aux enfants. En effet, bien que les sévices graves et leurs principales manifestations soient actuellement largement connus des milieux médicaux et du grand public, les recherches systématiques sur les lésions encourues et leurs diagnostics différentiels sont peu nombreuses et encore très incomplètes. A cet égard, il ne faut pas oublier que le syndrome du « battered child » ne fut décrit qu'il y a une vingtaine d'années. Il est donc compréhensible que nos connaissances soient encore incomplètes, même sur les aspects strictement neuropédiatriques de ce syndrome et de ses multiples manifestations. Nous aborderons les principales données qui ressortent de ce travail de recherche depuis le début du contrat avec l'Œuvre nationale de l'Enfance.

1. Les sévices prénataux.

Ceux-ci comportent, notamment, les agressions exercées par l'alcoolisme maternel sur le cerveau fœtal.

2. Les conséquences de la déprivation sensorielle et affective et des négligences à l'égard de l'enfant sur le développement structurel et fonctionnel du cerveau.

3. Les hématomes et hygromes sous-duraux par sévices.

Les hématomes et hygromes sous-duraux sont des lésions fréquentes en cas de sévices graves chez le nourrisson. Depuis les travaux de Harcourt et de Hopkins, la fréquence des hémorragies intra-oculaires associées aux épanchements sous-duraux du nourrisson victime de sévices est bien connue. Cette fréquence élevée d'hémorragies intra-oculaires lors d'hématomes sous-duraux chez les enfants victimes de sévices semble résulter d'un effet gravitationnel dû au type de traumatisme le plus habituel dans les sévices infligés aux nourrissons. Cette découverte de Harcourt et Hopkins ouvrait ainsi la voie à des tentatives de définir un type particulier d'hématomes ou d'hygromes péricérébraux lorsqu'ils sont dus à des sévices et non à des traumatismes accidentels.

Les travaux que nous avons effectués dans ce domaine avec G. Stroobandt et Chr. Thauvoy ont contribué à élucider la pathogénie des épanchements péricérébraux du nourrisson et à définir des critères de probabilité permettant, en présence d'un épanchement péricérébral du nourrisson, de suspecter des sévices infligés par les parents. Nous pensons aider ainsi le médecin qui, face à une collection sous-durale du nourrisson, doit pouvoir résoudre la question difficile mais capitale de l'étiologie : s'agit-il d'une conséquence de sévices ou au contraire d'un traumatisme accidentel ou d'une maladie cérébrale.

4. Le syndrome de Munchausen par procuration.

Il s'agit d'une forme encore peu connue et rarement diagnostiquée de sévices infligés aux enfants.

5. Les formes mineures et majeures de violence à l'égard des enfants hyperkinétiques en âge préscolaire.

6. Les composantes neurologiques de la violence.

Bien que, dans de nombreux cas, les comportements violents ont une base psychodynamique ou sociale, il existe une minorité de patients dont le comportement violent est dû à des maladies organiques du système nerveux, par exemple des épilepsies temporales, des séquelles d'encéphalites, l'utilisation de médicaments chroniques, des aberrations chromosomiques.

Des facteurs hormonaux peuvent également jouer un rôle favorisant.

Enfin, il faut citer les effets pharmaceutiques de l'alcool et de certains toxines.

Ces composantes neurobiologiques de l'agressivité doivent être prises en considération pour le diagnostic et le traitement de certains sévices infligés aux enfants.

7. L'étude des relations existant entre les douleurs chroniques, le comportement, les expériences douloureuses dans l'enfance et la qualité de l'affection reçue pendant l'enfance.

8. Les pièges du diagnostic différentiel.

Certaines affections peuvent miner très exactement des sévices graves infligés aux enfants alors qu'ils s'agit en fait de maladies, à caractère parfois familial.

Il est capital de décrire de manière très complète ce diagnostic différentiel et d'intensifier au maximum la recherche clinique dans ce domaine.

En effet, parallèlement aux efforts déployés pour s'attaquer à la violence exercée à l'égard des enfants, on peut voir se développer de cruelles injustices à l'égard de parents pouvant être victimes de véritables erreurs judiciaires et aussi victimes de certaines formes d'hystérie collective.

Il faut souligner, à cet égard, certaines affections, parmi lesquelles nous citerons :

— L'ostéogénésis imperfecta, l'ostéopétrose conduisant à des fractures multiples;

— Certaines dilatations des espaces péricérébraux pouvant avoir un caractère familial, sont parfois l'objet de terribles erreurs de diagnostic faisant croire à des collections sous-durales dues à des sévices, d'autant plus que des signes neurologiques associés peuvent éventuellement renforcer encore cette impression :

— Certaines vascularites;

— Les troubles de la coagulation;

— Les lésions traumatiques des membres inférieurs survenant chez des enfants maladroits ou ataxiques ou encore chez des enfants normaux dans la période d'acquisition de la station debout et de la marche;

— Le scorbut.

9. Les « mauvais traitements » durant le droit de visite en cas de séparation de parents.

Le médecin est très souvent sollicité par un des deux parents pour établir un certificat dans ce sens. Il est exceptionnel que des sévices soient infligés à l'occasion d'un droit de visite, lorsqu'il y a effectivement des sévices, il est important que le médecin puisse les reconnaître et

dans les nombreux autres cas où il n'y a pas de sévices qu'il puisse aider les deux parents à ne pas utiliser cet argument dans leur conflit personnel ou juridique.

b) les aspects criminologiques, sociaux et juridiques du problème

1° L'esprit de la recherche

Au départ, ce qui a frappé les chercheurs, est ce qu'on peut appeler le « phénomène de l'iceberg » du problème des enfants victimes de mauvais traitements.

Pratiquement, les choses se sont déroulées, historiquement, à peu près de la manière suivante :

— dans un premier temps, le phénomène est proprement ignoré, soit parce qu'il est culturellement considéré comme plus ou moins normal de pouvoir violenter ou maltraiter son enfant (époque à vrai dire déjà plus ou moins lointaine), soit que, passant à un stade plus évolué, on présume au contraire que tous les parents sont aimants et n'ont d'autre souci que de protéger et choyer leurs enfants. La découverte de faits contraires à ce stéréotype paraît alors tellement invraisemblable qu'elle ne peut être qu'exceptionnelle, et si ces faits se produisent, ils doivent être châtiés. Au surplus les lois de protection de l'enfance, puis de la jeunesse, doivent empêcher que de tels faits puissent se produire;

— dans un second temps, beaucoup plus récent, on prend conscience qu'en réalité ces mauvais traitements et négligences graves, non accidentels, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, et qu'en outre nos lois paraissent inefficaces, ou en tout cas fonctionnent mal, malgré le réseau d'aide sociale qui existe parallèlement.

Dès lors on s'emploie, à juste titre, à mieux détecter ces cas, et si possible à les prévenir en identifiant le « risque », ainsi qu'à mettre au point des méthodes de prise en charge et de prévention.

A ce stade cependant, plusieurs problèmes se posent.

D'abord, qu'est-ce qu'un enfant « maltraité » ? Comment le distinguer de l'enfant « traité mal » par ignorance, immaturité, manque de moyens et d'éducation ? Qu'est-ce qui fait la spécificité de ce cas par rapport à tous ceux qui relèvent de l'aide sociale en général et de la protection de la jeunesse ? En omettant de faire cette distinction, ne risque-t-on pas de commettre des erreurs graves ? D'où la nécessité de définir correctement la violence, pour pouvoir y répondre aussi adéquatement que possible.

En second lieu, pour répondre à cette violence, et surtout pour la prévenir, on est tenté de rechercher et de tracer le « portrait-robot » de la famille maltraitante, afin de mieux la repérer et de la signaler à temps aux instances susceptibles d'intervenir. Et la diffusion de ce portrait est susceptible d'avoir des conséquences incalculables.

Or, pour établir le portrait en question, la tentation est grande de rechercher, parmi les cas connus, un certain nombre de données, telles que les conditions de vie ou des éléments inhérents à la personnalité des parents et de l'enfant lui-même, qui par leur récurrence permettraient d'établir un lien de causalité entre ces facteurs et le risque de maltraitance, et le cas échéant d'établir alors des tables prédictives de risque dont pourraient se servir à temps les travailleurs sociaux et principaux responsables de la protection de l'enfance. Mais ces tables prédictives, à base multifactorielle, présentent des dangers pour les raisons suivantes.

2° Danger du multifactorialisme

— Il y a d'abord, le danger du cercle vicieux, et c'est ici le phénomène de l'iceberg qui trouve ses prolongements : pour établir les corrélations, on se base sur les cas connus. Or ces cas ne constituent que la pointe de l'iceberg visible et repérée.

Parmi ces cas, les plus nombreux sont les violences physiques, et secondairement les négligences graves. Mais ils ne représentent qu'une petite partie du total. Tous les autres restent dans l'ombre.

En outre, les cas repérés et signalés émanent le plus souvent — mais pas toujours — de couches socialement défavorisées, pas nécessairement parce que celles-ci sont plus maltraitantes, mais parce qu'elles sont socialement plus visibles, du fait de leurs besoins fréquents d'aides. Les autres classes sociales n'entrent pas, ou peu, dans l'échantillon. Dès lors on risque de faire entrer dans les « facteurs de risque » des éléments propres aux couches socialement défavorisées, et de poser l'équation :

*Enfant socialement défavorisé =
Enfant à risque de mauvais traitements*

— Secondairement, si l'on n'identifie pas vraiment ce qui fait la spécificité de la violence active ou passive aux enfants, on risque d'agir à contretemps et le cas échéant de précipiter une famille en difficulté dans une séquence de comportements violents qu'on aurait pu éviter, parce que, par des interventions inappropriées, on l'aura davantage marginalisée et stigmatisée.

— Parallèlement on passera à côté de cas graves dans des familles moins repérables parce que socialement au-dessus de tout soupçon.

— Enfin, dans un contexte où l'accent est mis intensivement sur le dépistage et le signalement de ces cas, à défaut de savoir discerner ce qui est violence de ce qui ne l'est pas, naît un profond sentiment d'angoisse chez tous ceux qui se sentent responsables de la protection de l'enfant, sans compter la psychose qui risque de s'établir dans la population, sensibilisée par les mass média et le cas échéant chargée par la loi elle-même de faire les signalements de cas suspects, à peine de sanction pénale (voir les lois américaines de signalement obligatoire et la proposition de loi Vanderpoorten, sanctionnant le non-signalement des peines de l'omission de porter secours à personne en danger) (Doc. Parl. Sénat 421 (1979-1980) - N° 1).

Telles sont donc les raisons pour lesquelles nous avons axé la recherche sur deux pôles :

— La définition de la violence et la détermination de critères commun à toutes les formes de violence, les distinguant d'autres modes de traitement inadéquats de l'enfant;

— L'insertion de l'étude du phénomène dans un contexte global, à la fois conjoncturel mais surtout structurel, à partir d'une analyse approfondie et longitudinale des cas de familles prises en charge par les équipes et à propos desquels nous disposons de données suffisantes. Ces analyses de cas ont donné lieu à une série de monographies, et ont permis de tester les hypothèses de travail posées au départ par les chercheurs, et de les corriger éventuellement avec l'aide des membres des équipes.

3° Hypothèse de travail et méthode d'approche.

L'hypothèse posée au départ était que la violence est le symptôme d'un problème relationnel, essentiellement.

Quant à la méthode de travail, nous avons choisi, au lieu de l'approche multifactorielle cherchant à définir les « facteurs » internes ou externes de risque, l'analyse systémique des familles, en intégrant les données de chaque cas dans le cadre plus vaste de la dynamique relationnelle familiale.

Ainsi les données relatives aux « conditions de vie » ou à la « personnalité » des parents ou de l'enfant n'ont pas été négligées, tant s'en faut. Toutefois elles n'ont pas reçu la valeur de « facteurs » de maltraitance potentielle, mais simplement d'éléments susceptibles de jouer un rôle incident dans l'histoire relationnelle familiale et, le cas échéant, dans le passage à une séquence de comportement violent.

En remontant dans l'histoire de chaque cas, notamment par des entretiens avec les différents membres de la famille, outre les intervenants sociaux qui avaient déjà eu à en traiter, nous

nous sommes efforcés de porter le regard non seulement sur une série d'événements (séquences de comportement), mais aussi sur les interactions entre les différents acteurs dans le vécu quotidien (scénarios d'interaction), et surtout sur les structures relationnelles les unissant les uns aux autres, au travers des rôles et des statuts assumés par chacun, en d'autres termes au travers de l'agencement interne de la dynamique familiale.

La famille elle-même a été envisagée comme un « système », les relations dyadiques de mère-enfant, père-enfant, mère-père ne suffisant pas. C'est sur l'entrelacs des relations que l'accent fort a été porté, comme le noyau dur du problème, les autres éléments apparaissant comme plus périphériques.

Cette approche est exigeante, tant pour la recherche que pour la prise en charge. Car, outre l'aide matérielle et sociale qui doit être immédiatement fournie, elle demande du temps et de nombreux contacts et entretiens.

Il en ressort immédiatement un élément qui doit se trouver parmi nos conclusions : c'est la nécessité de ne pas rompre la communication et le dialogue, ce qui implique dès le départ une attitude qui, sans être dénuée de fermeté, soit de nature à permettre une relation de confiance et à susciter une demande d'aide progressive de la part des parents. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

4° Définition de la violence ou des « mauvais traitements »

En utilisant cette approche, plus explicative que descriptive, et en recherchant ce qui pouvait bien distinguer les « mauvais traitements », de quelque nature qu'ils soient, des « traitements inadéquats » relevant de formes ordinaires de soutien et de guidance, les chercheurs sont progressivement arrivés à la conclusion, non seulement que déviance ne veut pas dire violence, mais que la violence elle-même ou le risque de violence se caractérise par l'assignation, consciente ou inconsciente, de l'enfant à un rôle défavorable, soit par un phénomène de rejet et de non-reconnaissance, soit par sa désignation implicite comme bouc émissaire et souffre-douleur, soit comme exutoire à des frustrations correspondant à des attentes déçues.

Cet enrôlement défavorable est commun à toutes les formes de sévices physiques ou psychiques. Il est le signal d'alarme qui doit faire craindre que le cas dépasse les limites du simple soutien social, et appelle l'intervention d'autres experts.

Il indique aussi qu'il y a lieu de traiter autrement un comportement violent purement ponctuel et conjoncturel, lié à des circonstances périphériques temporaires et passagères, et les

séquences de comportement répétitives et chroniques qui peuvent être indicatrices d'une détérioration relationnelle plus grave.

En d'autres termes, ce critère est susceptible d'être extrêmement important pour le diagnostic et le pronostic, ainsi que pour le choix des moyens d'action et des modes de prise en charge. Avec un certain rodage et une certaine supervision, il peut permettre aussi aux travailleurs sociaux, directement confrontés avec les familles à problème, de mieux situer le problème et par conséquent de surmonter leur angoisse devant l'inconnu et de solliciter l'aide adéquate, le cas échéant.

Enfin il peut permettre de rectifier l'image que reconstruisent les agences sociales auxquelles le cas est renvoyé, surtout lorsqu'on y ajoute une meilleure compréhension des structures de relations familiales.

5° Etude des structures de relations familiales

L'utilisation de l'approche systématique des relations familiales a permis d'autre part d'identifier, au travers de l'enchevêtrement des données propres à chaque cas, l'importance de l'agencement des relations intra-familiales et de leur dysfonctionnement comme second commun dénominateur à l'ensemble des cas étudiés, et comme élément susceptible de permettre de comprendre les symptômes que sont à la fois les passages à l'acte violent et l'auto-renvoi initial (signalement initial du cas par l'un des membres de la famille). Ce dysfonctionnement constitue un phénomène de désadaptation relationnelle interne qui entraîne à la fois les enrôlements péjoratifs de certains membres du groupe familial et, lorsque la distribution de rôles devient insupportable, l'auto-renvoi initial. La conjonction de ces phénomènes de désadaptation relationnelle avec des éléments de nature économique ou sociale est plus aléatoire, quoiqu'on ne puisse exclure que la situation économique et sociale d'une famille puisse avoir des incidences sur sa fragilité ou sa cohésion.

C'est au niveau du dysfonctionnement qu'on peut trouver une explication éventuelle de l'assignation de l'enfant à un rôle défavorable par l'un des parents ou les deux (ou, d'une manière plus générale, par l'auteur des mauvais traitements), cet enrôlement défavorable n'étant lui-même autre chose qu'un dysfonctionnement supplémentaire au niveau de la relation avec l'enfant-victime.

Sans préjuger des résultats ultérieurs des analyses qui sont encore en cours, ont peut déjà faire état des points suivants :

1. Les relations significatives impliquent trois générations au moins : grands-parents, parents et collatéraux, enfants, et la génération

intermédiaire — celle des parents maltraitants (ou risquant de l'être) — est au moins autant impliquée dans une relation avec la génération des grands-parents qu'avec celle d'après (les enfants maltraités).

2. Les relations sont fréquemment ambivalentes, c'est-à-dire mêlées d'attachement et d'agressivité. Ces deux pôles de l'ambivalence peuvent l'emporter tour à tour, mais toujours de manière à former des coalitions où l'enfant fait figure d'enjeu de problèmes relationnels posés aux deux générations précédentes. D'une certaine manière l'enfant est l'objet d'attentes compensatoires aux frustrations vécues par son père ou sa mère dans ses propres relations avec ses parents (ou substituts parentaux) ou dans la relation du couple, motif pour lequel on trouve, parmi les enfants maltraités, des enfants délibérément voulus, mais qui ont déçu les espoirs placés en eux. Cette ambivalence explique aussi pourquoi on hésitera souvent devant l'attachement des parents à l'enfant, lorsqu'il s'agira de les en séparer temporairement ou définitivement.

3. Dans la typologie des relations étudiées, un effort, non encore achevé, a été fait pour tenter de rechercher quel type de relations au sein d'une famille peut être le plus susceptible d'engendrer des situations violentes.

Parmi les critères étudiés, sur base de recherches américaines, les facteurs de cohésion et d'adaptabilité sont apparus comme les plus intéressants, les familles se situant aux deux extrêmes (familles désengagées et familles enchevêtrées d'une part, familles rigides et familles chaotiques, de l'autre) apparaissant comme les plus exposées. L'intérêt de ces critères serait notamment de pouvoir les appliquer à toutes les familles et pas seulement aux familles socialement déviantes. Des recherches plus approfondies sur l'utilisation possible de ces critères en matière de violence familiale doivent encore être poursuivies.

6° Analyse des mécanismes de renvoi et d'intervention

Chaque analyse de cas a également donné lieu à une analyse des mécanismes de renvoi, tendant à mettre en lumière la manière dont le cas a été signalé et ce qu'il en est advenu ultérieurement.

1. En ce qui concerne le renvoi initial, il émane généralement soit des parents eux-mêmes dans les cas les plus graves (enfant hospitalisé) soit d'un membre de la famille en désaccord avec le père ou la mère, soit de l'environnement proche (voisins). Il est intéressant de déterminer ce qui a suscité l'auto-renvoi de la famille par l'un de ses membres.

2. Le tableau social déviant présenté par les parents est généralement toujours présent, mais pas toujours l'enrôlement défavorable de l'enfant : parmi les cas signalés, certains concernaient des enfants « traités mal », mais pas maltraités.

Inversement, il se peut que la violence physique soit le mode d'expression le plus fréquent dans certaines couches sociales, ce qui ne veut évidemment pas dire que ces violences n'existent pas dans d'autres couches moins visibles, ou qu'elles n'y sont pas remplacées par des formes plus subtiles d'expression, d'ordre psychologique notamment.

3. En règle générale, les agents d'aide sociale et de contrôle concentrent leur attention sur le tableau déviant, qui reste largement considéré comme cause de violence.

4. Les renvois successifs se font sans concertation entre les agences sociales, d'où la dispersion des responsabilités, le manque d'efficacité, l'irritation ou l'indifférence des familles, et finalement l'accident.

5. Les parents maltraitants, pour leur part, sont peu demandeurs d'intervention. Le plus souvent ils les subissent sans véritable collaboration, si des motivations plus profondes, et notamment une demande explicite d'aide de leur part pour surmonter leurs problèmes, n'existent pas.

6. Une réaction d'anxiété et d'impuissance est perceptible de la part des travailleurs sociaux prenant conscience d'un problème dont les dimensions inconnues les dépassent (isolement face à ce problème).

7. Les magistrats, et plus spécialement les magistrats de la jeunesse demeurent anxieux de partager leur responsabilité vis-à-vis des enfants qui leur ont été signalés, avec une équipe de recherche-action, surtout lorsque celle-ci attache de l'importance au maintien d'une relation de confiance avec les familles prises en charges.

7° Eléments de réponse

Une meilleure compréhension du problème est de nature à améliorer les réponses. Tel était notre point de départ.

A ce stade, en quoi les réponses proposées au niveau de la compréhension peuvent-elles nous aider à réagir de manière plus appropriée au niveau de l'action ?

— D'abord sans doute au niveau du diagnostic différentiel et du pronostic en permettant de mieux discerner les cas de mauvais traitements avérés ou de risque de mauvais traitement de tous ceux pour lesquels une guidance et une activité de soutien social suffiront. Ce peut être un soulagement considérable pour les

acteurs sociaux qui sont sur le terrain, pour autant qu'ils soient progressivement formés à cette approche nouvelle et, le cas échéant, dûment supervisés. L'inconnu et l'isolement des travailleurs sociaux confrontés à ces problèmes — par exemple les assistantes médicales de l'ONE — sont actuellement une très grande source d'anxiété. Diagnostic et pronostic, par ailleurs, permettent de trancher, à plus ou moins brève échéance, la difficile question de savoir s'il faut séparer l'enfant de sa famille ou non.

— Ensuite, au niveau des attitudes à adopter.

Si la violence est un phénomène d'ordre relationnel, elle appelle sans doute aussi des réponses d'ordre relationnel.

- La première d'entre elles a déjà été signalée. C'est la nécessité impérative de maintenir la communication et le dialogue, de manière à susciter une demande d'aide progressive, conditions *sine qua non* de toute tentative d'amélioration ou de changement dans les structures relationnelles familiales.

Là où ce dialogue est impossible, il reste sans doute peu d'espoir. Encore ne faut-il pas en détruire toute velléité *ab initio*. Le personnel soignant plus encore que le personnel social, doit en être informé.

- La seconde est précisément de diffuser dans les milieux concernés par la protection de l'enfance et dans le public une information et une formation correcte en telle manière que :

- le signalement qu'on souhaite ne dégénère pas en psychose

- mais débouche au contraire sur une relation d'aide et d'empathie.

- La troisième est la coordination rationnelle et efficace des structures d'aide existantes. Nous avons des exemples où un travail de prise en charge médico-psycho-sociale s'est trouvé ruiné en quelques instants par l'intervention intempestive d'un seul rouage. Il est essentiel en effet que les rôles de chacun soient clairement définis, et aussi respectés. De plus, il est indispensable de n'avoir qu'un seul interlocuteur privilégié avec la famille.

Le niveau auquel cette coordination pourrait s'établir reste à définir et pose notamment la question des moyens spécifiques à mettre en œuvre, notamment au niveau législatif et de la politique sociale.

Parmi les pays voisins, certains ont créé des structures spéciales pour répondre au problème, notamment le médecin-confident en Hollande. Organe de signalement essentiellement, celui-ci peut-il vraiment remplir une fonction autre que le dispatching et superviser réellement la prise en charge des cas qui lui sont signalés ?

La réponse nous paraissait douteuse, et c'est pourquoi du reste les différentes équipes ont semble-t-il toutes fonctionné en faisant de la prise en charge elles-mêmes.

Cette solution est-elle viable à la longue ? Doit-elle être multipliée dans le pays ?

La réponse ne nous paraît pas encore absolument claire, mais différents éléments peuvent déjà être dégagés :

— le premier est que le travail de prise en charge direct et suivi est une tâche écrasante qui, si les cas signalés doivent se multiplier, et être concentrés sur ces équipes, n'est tout simplement pas réalisable matériellement.

— le second est que les structures déjà existantes doivent être valorisées au maximum, ce qui pourrait être réalisé moyennant une bonne formation de base et une bonne coordination;

— le troisième réside dans une expérience que nous avons nous-mêmes réalisée avec l'Œuvre nationale de l'enfance, pour des raisons de manque de personnel. Faute de pouvoir suivre directement tous les cas, une forme originale de collaboration s'est développée : celle de la supervision, dans les locaux de l'Œuvre nationale de l'enfance, des assistantes médicales confrontées quotidiennement à des problèmes angoissants. Cette expérience, à effet multiplicateur intensif, menée par la pédo-psychiatrie de l'une des équipes, semble avoir si bien réussi qu'à l'heure actuelle 8 groupes fonctionnent à raison d'une séance par mois, au cours de laquelle des assistantes médicales venant de secteurs différents (7-8 en tout généralement), viennent discuter de leurs cas, et il est question actuellement d'étendre l'expérience à d'autres provinces. Une telle supervision, qui permet aux assistantes médicales de mieux se situer elles-mêmes par rapport à ce problème et de mieux cerner les problèmes des familles, n'est sans doute pas toujours suffisante, mais elle aboutit

néanmoins à une meilleure prise en charge. Elle pourrait être étendue à d'autres agences d'aide sociale, avec le concours d'équipes appropriées.

— d'une manière générale, et pendant un certain temps encore sans doute, des équipes de référence, pluridisciplinaires comme les nôtres, devront continuer à exister dans divers endroits du pays pour poursuivre la recherche et surtout une tâche d'information, de formation et de supervision par laquelle, en définitive, la solution du problème nous paraît commencer.

— En revanche des lois obligeant les citoyens ou les intervenants sociaux à faire des signalements, à quelque instance que ce soit, nous paraissent à déconseiller formellement dans l'état actuel des choses.

— Enfin, et ceci relève d'un contexte plus général, si la source de la violence intra-familiale réside essentiellement dans des problèmes d'ordre relationnel et dans des frustrations profondes, alors il faut peut-être se préoccuper de l'origine même de ces frustrations. Dans la société occidentale, les frustrations peuvent être de deux sortes : frustration de bien de consommation et frustration d'amour. Les secondes sont les plus graves. Ce que, désespérément, les hommes et les femmes de notre temps recherchent et ce dont tout enfant a plus besoin que de pain, est une relation d'amour et d'affection dans laquelle il se sente reconnu pour lui-même. L'évolution des faits cependant montre que ces relations humaines et familiales en particulier sont devenues de plus en plus fragiles, pour des raisons qu'il nous appartient sans doute d'essayer d'approfondir, avec le résultat que les problèmes d'ordre relationnel risquent sans doute de se multiplier dans l'avenir. Si nous ne voulons pas que dans le futur ce symptôme de carence qu'est la violence se multiplie davantage encore, peut-être devrions-nous jeter un coup d'œil aussi du côté de l'apprentissage de la tendresse, de la responsabilité et de la reconnaissance de l'autre.